



EMBASSY OF SWITZERLAND

United States of America

Interests Section

LA HABANA

Calzada entre L y M

Vedado

Tel.: 833-3546 y 47

Ref.:

Departamento de Refugiados

Estimado(a) Señor(a):

Si usted desea que su caso sea analizado en el programa de refugiados, deberá llenar el formulario que se adjunta, con letra de molde legible, guiándose para ello por las siguientes instrucciones:

- Responda a todas las preguntas correctamente con su propia letra. En la confección de las respuestas NO debe intervenir el criterio o la expresión de otra persona. Ud. es el solicitante, por lo tanto, DEBE SER ESCRITO POR UD., CON SUS PROPIOS ARGUMENTOS Y NO POR OTRA PERSONA O ENTIDAD QUE PUEDA DEDICARSE A ESA LABOR. UD. ES RESPONSABLE DE TODO LO QUE SE AFIRME EN SU FORMULARIO.
- No añada hojas suplementarias a su formulario ya que demora su revisión.
- Debe escribir todos los datos que se le solicitan en cada casilla habilitada para cada pregunta, sus nombres y apellidos completos así como la fecha de confección del formulario y su firma.
- Usted puede llenar el formulario para usted, su esposa, hijos solteros menores de 21 años y otros familiares que vivan en su casa que sean económicamente o legalmente dependientes de usted.
- Otros miembros de su familia deberán completar sus propios formularios. Pueden usar una fotocopia del recibido por usted.
- Una vez contestado el formulario debe ser enviado a la siguiente dirección:

SECCION DE INTERESES DE LOS ESTADOS UNIDOS
DEPARTAMENTO DE REFUGIADOS
CALZADA E/ L Y M
VEDADO, CIUDAD HABANA

Para su beneficio y conveniencia también hemos situado un buzón en nuestro Departamento de Refugiados (Malecón y J) donde podrá ser depositado el formulario. El formulario debe ser depositado sin sobre y no puede contener o estar impregnados de sustancias extrañas.

El formulario será revisado y analizado en el orden de prioridad en que el mismo haya sido recibido en nuestra Sección. No debe escribir indagando sobre su formulario ya que se le enviará una carta una vez que su caso sea analizado.

Atentamente,

Coordinador de Refugiados
Sección de Intereses

FORMULARIO DEL PROGRAMA DE REFUGIADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

El Programa de Refugiados está dirigido a personas que tienen un bien fundado temor de persecución por problemas raciales, de religión, nacionalidad, por pertenecer a un determinado grupo social o por su opinión política. Tenga en cuenta que sus respuestas a este formulario deben ser comprensivas, detalladas y específicas, y que de no responder completamente, puede afectarse el procesamiento de su caso. Se le enviará un número de caso que Ud. utilizará como referencia para cualquier comunicación con la Oficina de Refugiados. En un futuro, usted tendrá entrevista con un oficial del Buró de Inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para determinar si usted es refugiado bajo la ley de los Estados Unidos.

 **ESTE FORMULARIO ES OTORGADO Y PROCESADO GRATIS** 

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Nombre y Apellidos del Destinatario | | |
| Calle, Avenida, Calzada, Etc. | | Número |
| Piso | Apto. | Teléfono |
| Apartado | | |
| Entre | | Y |
| Reparto | Pueblo, Ciudad o Zona Postal | Prov. |
| Si no es su teléfono particular, especifique el nombre de la persona con quien se le puede dejar el mensaje: | | |
| 2. Número del Carnet de Identidad: | | ¿ Sexo ? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 3. Fecha de Nacimiento: | | Provincia de Nacimiento: |
| 4. ¿ Aplicó Ud. al Programa de Refugiados anteriormente ? ¿ Cuándo ? ¿Cuál era su número de caso (CU) ? ¿Cuál fue el resultado? | | |
| | | |
| 5. Nivel educacional: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Obrero Calificado <input type="checkbox"/> Preuniversitario <input type="checkbox"/> Técnico Medio <input type="checkbox"/> Universitario | | |
| Especifique el último grado terminado: | | |
| 6. ¿Cuál es su profesión y su ocupación actual ? ¿ Está Ud. retirado ? ¿ Desde cuándo? | | |
| | | |
| 7. Enumere los lugares donde ha trabajado: | | |
| | | |
| | | |
| ¿ Ha perdido Ud. algún empleo por motivos políticos o religiosos ? ¿ En su Expediente Laboral se aclaran los motivos por los que Ud. perdió el empleo ? | | |
| | | |
| 8. ¿ Tiene Ud. parientes o amigos fuera de Cuba ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Enumere en cada caso lo siguiente: | | |
| Nombre | Parentesco | Dirección |
| | | |
| | | |
| 9. ¿ Es Ud. miembro practicante de alguna Iglesia ? ¿ De cuál ? ¿ Desde cuando? | | |
| | | |
| | | |

Utilice el reverso de esta hoja si no le alcanza el papel

FORMULARIO DEL PROGRAMA DE REFUGIADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

10. ¿ Es Ud. miembro de alguna Organización No Gubernamental (Organizaciones de Profesionales Independientes u Organizaciones de Derechos Humanos) ? ¿ De cuál ? Enumere los cargos que ha ocupado dentro de ella(s).

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

11. ¿ Ha sido Ud. sancionado por los tribunales ? Sí No

Enumere en cada caso lo siguiente:

| Cargos | Causa Nro. | Fecha de Encarcelación | Fecha de Excarcelación | Sentencia Original | Carta de Libertad |
|--------|------------|------------------------|------------------------|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

12. ¿ Por qué Ud. quiere aplicar al Programa de Refugiados ? ¿ Si su causa fue hace tiempo, por qué Ud. está aplicando ahora ?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

13. ¿ Ha tomado el Gobierno alguna acción en contra suya o de sus familiares ? ¿ Cuándo ? Describa cada incidente en detalle:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

14. ¿ Teme Ud. que el Gobierno pueda tomar en el futuro alguna acción en contra suya ? ¿ Por qué ?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Por favor, use letra de molde legible. No ponga iniciales. Escriba su nombre completo.

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| Nombre: _____ | Firma: _____ | Fecha: _____ |
|----------------------|---------------------|---------------------|

Nombre y relación que tiene con Ud. la persona que lo ayudó a llenar este formulario:

Utilice el reverso de esta hoja si no le alcanza el papel

FORMULARIO DEL PROGRAMA DE REFUGIADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (Anexo)

Por favor, suministre los datos biográficos de su esposa, sus hijos solteros y menores de 21 años y de otros familiares que vivan en su casa y que sean económicamente dependientes de usted. **NOTA:** Otros miembros de su familia, incluyendo los hijos casados o mayores de 21 años, deberán completar su propio formulario.

| Nombre y Apellidos | Parentesco (Esposa(o): Añadir Fecha de Matrimonio) | Fecha de Nacimiento | Sexo | Estado Civil | ¿Vive con Ud.? | ¿Desde cuándo? Mes/Año | Dirección Particular (si no vive con Ud.) |
|--------------------|--|---------------------|--|--------------|--|---------------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Escriba a continuación los datos de familiares que hayan enviado su propio formulario o estén en proceso de hacerlo.

| Nombre y Apellidos | Fecha de Nacimiento | Número de Caso (CU) (Si lo tiene) | Parentesco | ¿Vive con Ud.? | Sexo | Estado Civil |
|--------------------|---------------------|--------------------------------------|------------|--|--|--------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fern. <input type="checkbox"/> Masc. | |